

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André CHAUVEAU

Né à Bouges (Indre), le 30 décembre 1902
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

N° 142

SYPHILIS TERTIAIRE
DE
L'URÈTRE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André CHAUVEAU

Né à Bouges (Indre), le 30 décembre 1902
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

SYPHILIS TERTIAIRE
DE
L'URÈTRE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESS NGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNéo.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATFELLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 N... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.
 GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
chaire		
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique urologique
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

*Au maître qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence de ma
thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MM. les
Professeur GILBERT (*in memoriam*)
Professeur AUGUSTE BROCA (*in memoriam*)
Docteur ARROU
Docteur RIBIERRE (*in memoriam*)

Externat :

1924. Professeur LÉON BERNARD
1925. Professeur GILBERT (*in memoriam*)
1926. Docteur MOUCHET
— Docteur CATHALA

Internat provisoire :

1927. Docteur RICHE

Internat :

1928. Docteur LAUNAY
1930. Docteur ROBINEAU
— Docteur DEVRAIGNE
1931. Professeur LEGUEU
— Docteur SORREL
1932. Docteur WIART
— Docteur HOUDARD

AUX DOCTEURS :

FEY, Professeur agrégé

GUÉNIOT, Professeur agrégé

GAUME

WELTI, Chirurgien des Hôpitaux

TISSIER

BIDERMANN

OBERTHUR

AVANT-PROPOS

Le 21 novembre 1932, Gaume et Lafourcade présentèrent à la Société d'Urologie un cas de syphilis tertiaire de l'urètre.

Deux points sur lesquels les auteurs insistèrent étaient particulièrement intéressants :

Le diagnostic avait été tout d'abord hésitant.

L'évolution avait été compliquée d'un rétrécissement d'allure sévère.

Ce fut le point de départ de ce travail qui a pour but à l'aide des travaux antérieurs et des observations publiées de préciser les aspects cliniques de la syphilis tertiaire de l'urètre.

Un chapitre spécial y est réservé à l'étude du rétrécissement qui constitue la complication la plus fréquente et qui intéresse tout particulièrement l'urologue.

SYPHILIS TERTIAIRE DE L'URÈTRE

HISTORIQUE

Tous les auteurs qui ont écrit sur la syphilis tertiaire de l'urètre insistent sur la rareté de l'affection.

Tous citent la statistique de Fournier qui, en 1901, sur 151 affections tertiaires de la verge ne relève que 19 cas de lésions tertiaires de l'urètre.

Jusqu'en 1908 sont surtout publiés des cas isolés.

En 1908, la thèse de Rougier, consacrée à la syphilis tertiaire de l'urètre, reproduit et résume les observations publiées et apporte deux cas nouveaux.

En 1910 paraît une revue générale de Tanton dans le *Progrès Médical*.

En 1910 également à l'Association française d'Urologie, le rapport de Minet sur les rétrécissements de l'urètre en dehors de la blennorrhagie et du traumatisme apporte quelques cas nouveaux.

En 1911 paraît la thèse de Baye, consacrée à la syphilis de l'urètre ; si elle contient de nombreuses observations de chancre de l'urètre, elle ne donne

qu'une observation originale de syphilis tertiaire.

En 1913, un article de Golberg est consacré au traitement chirurgical de certains rétrécissements syphilitiques de l'urètre et il donne trois observations personnelles.

En 1923, Valverde publie un cas de gomme de l'urètre, manifestation de l'hérédo-syphilis.

En 1926, Massia publie un cas de syphilome cylindroïde.

Enfin en 1932, Jungano, à l'occasion d'une nouvelle observation de syphilome cylindroïde donne les résultats d'un examen histologique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Gaume et Lafourcade).

Un cas de syphilis tertiaire de l'urètre.

Notre malade M. B..., 66 ans, vient nous consulter au mois de juin 1934. pour induration de l'urètre datant de un mois. Cette induration cylindrique du diamètre d'un crayon débute à un centimètre du méat et s'étend sur 2 centimètres de long. Le méat est normal.

Le malade a eu trois blennorragies antérieures mais très anciennes.

Actuellement il a des urines claires avec quelques filaments dans le premier verre. Un explorateur n° 18 passe facilement ; il n'a pas de rétrécissement. Cette exploration ne provoque pas de saignement.

L'absence de rétrécissement et d'infection de l'urètre nous fait éliminer la périurétrite. La muqueuse semblant saine et l'absence de saignement provoqué nous fait éliminer le cancer.

Nous pensons à la syphilis mais le malade interrogé nous dit avoir été examiné à ce point de vue en 1909 par Milian, puis par Fournier à propos d'une ulcération. Fournier après divers examens et en particulier une réaction de Wassermann négative avait éliminé la syphilis et conclu à herpès. Depuis, aucun incident nouveau.

Nous pensons alors qu'il existe peut-être au niveau du corps spongieux de l'urètre des indurations comparables aux noyaux de cavernite qui cèdent si bien au traitement radiothérapique et nous envoyons le malade au Dr Truchot qui lui fait deux séances de radiothérapie et nous le renvoie ne le trouvant pas amélioré. En effet les lésions se sont étendues sur une longueur de 5 centimètres : induration toujours régulière dans sa partie antérieure mais présentant quelques bosselures au niveau de son extrémité postérieure. Il existe de plus un écoulement blanchâtre peu abondant dans lequel l'examen microscopique montre l'existence de nombreux staphylocoques et colibacilles. Cet écoulement n'est jamais sanguinolent. Le malade qui se déclare peu gêné désire partir à la campagne. Nous lui donnons un traitement désinfectant banal et ne le revoyons que vers le 10 septembre. Situation inchangée ; cependant l'écoulement est plus abondant. Nous lui faisons quelques lavages au nitrate d'argent au millième qui l'améliorent rapidement puis une urétroscopie antérieure.

L'urétroscope pénètre facilement jusqu'au sphincter ; il n'y a donc pas encore de rétrécissement. Nous apercevons des zones ulcérées, arrondies, séparées par des bandes blanchâtres d'aspect scléreux.

Nous insistons alors auprès de notre malade pour qu'il se fasse faire une nouvelle réaction de Wassermann. Celle-ci est franchement positive. Nous demandons alors à notre ami Lafourcade de bien vouloir se charger du traitement.

Le malade est vu par Lafourcade le 2 octobre 1931 ; il nous dit avoir trouvé des muqueuses génitales normales, en particulier pas de cicatrices de syphilis. Au niveau de

la langue occupant presque entièrement sa partie supérieure existe une glossite syphilitique tertiaire scléreuse, vaste nappe unique, rouge, lisse, à induration lamelleuse avec quelques fissures et aspect leucoplasique caractéristique de toute la surface. La lésion est restée superficielle, la langue dans sa profondeur restant souple et ne présentant aucune gomme. Microadénopathie cervicale et inguinale peu marquée, pas de ganglions épitrochléens.

Tube digestif normal, foie et rate normaux. Cœur normal, un peu de sclérose artérielle. Système nerveux normal, réflexes normaux, pas de signe d'Argyll-Robertson. Ni albumine ni sucre dans les urines.

Le malade s'est marié, sa femme est morte d'une affection cardiaque ; elle n'a pas fait de fausse couche et a eu deux filles ayant actuellement 18 et 11 ans ; elles sont normales, sans aucun signe d'hérédosyphilis. Une prise de sang faite chez elles donne pour chacune : réaction de Hecht et de Desmoulières, négatives.

Le malade est mis le 2 octobre à un traitement à un bismuth liposoluble (8 centigrammes de bismuth métal par injection), injections intramusculaires, 18 injections entre le 2 octobre et le 1^{er} décembre.

Dès la cinquième injection l'induration périurétrale a fondu, elle persiste en dernier lieu au niveau de sa partie la plus postérieure. Prise de sang le 10 décembre : Wassermann, Hecht et Desmoulières positifs.

Du 15 décembre au 21 janvier, 10 piqûres intraveineuses de 914 aux doses progressives de 15, 30, 45, 60, 75, 75, 90, 90, 105 et 105 centigrammes.

Prise de sang le 25 janvier 1932 : Wassermann légèrement positif, Hecht et Desmoulières franchement positifs.

Du 2 février du 21 mars, série d'huile grise de 9 injections à 10 centigrammes de Hg par injection.

Du 22 mars au 13 avril traitement buccal par IK a raison de 2 grammes par jour. Prise de sang le 14 avril, Wassermann, Hecht, négatifs, Desmoulières légèrement positif.

Du 16 avril au 21 mars traitement par le bismuth liposoluble (8 centigrammes de bismuth métal par injection). 11 injections. Le malade présentant une stomatite d'alarme le traitement est interrompu.

Mais en même temps que le malade guérissait ainsi ses lésions syphilitiques apparaissait une sténose cicatricielle; rétrécissement à marche très rapide, contre lequel, il nous a fallu lutter continuellement pendant toute la durée de son traitement.

Le 11 décembre 1931 n'ayant pas vu le malade depuis deux mois il nous fait appeler parce qu'il urine difficilement. Nous constatons alors l'existence d'un rétrécissement très étendu et très serré. Ce n'est qu'au bout de 48 heures d'essais que nous parvenons à lui passer une filiforme. De plus le malade a 39° de fièvre. Ses urines sont troubles et il est indispensable de lui mettre une sonde à demeure. Nous lui faisons donc une urétrotomie interne, puis sonde à demeure n° 18 pendant quelques jours. Nous restons ensuite 10 jours sans le voir et constatons alors que son urètre n'admet plus qu'une bougie n° 7. Nous avons été ensuite obligés pendant près de deux mois de lui faire une séance de dilatation chaque semaine et chaque fois nous constatons une réduction de calibre importante.

Aujourd'hui ses lésions syphilitiques sont guéries ; il garde trois rétrécissements très durs, étagés sur les

10 premiers centimètres de l'urètre. Il est stabilisé depuis trois mois, dilaté au n° 46 béniqué. Nous ne pensons pas qu'il soit très facile de monter au delà.

OBSERVATION II (Jungano).

Syphilome cylindroïde de l'urètre.

M. G..., 74 ans, entre dans le service d'urologie le 23 novembre 1930, pour gêne marquée de la miction.

A 25 ans, il eut une ulcération [du gland, mais ne suivit jamais de traitement spécifique. Il n'eut jamais de blennorragie ni de troubles urinaires. Il se maria à 30 ans, eut deux enfants tous les deux vivants mais de santé médiocre. Sa femme fit deux fausses couches. Elle mourut à 50 ans, probablement d'affection cardiaque.

Suivant les dires du patient les troubles commencèrent deux mois avant son entrée à l'hôpital. A ce moment il remarqua que le jet diminuait d'importance et de force. La gêne de la miction s'accrut rapidement au point qu'à son entrée à l'hôpital, il urinait par gouttes en souffrant beaucoup, en même temps qu'il ressentait une brûlure cuisante dans le canal.

Le sujet est de bonne taille, très pâle, avec un léger embonpoint. Il a des ganglions cervicaux, épitrochléens et inguinaux. Rien d'anormal au point de vue respiratoire, circulatoire ou nerveux. Il est psychologiquement fatigué, ceci dû en particulier à l'intoxication urémique, et doit faire effort pour parler de son état.

L'abdomen est flasque. Au-dessus du pubis, une masse, la vessie distendue qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les reins ne sont

pas palpables, il n'y a pas de points urétéraux douloureux, les testicules sont normaux.

L'urine est très trouble et laisse rapidement déposer un lourd sédiment purulent.

L'urètre est perméable seulement pour une bougie filiforme.

En tirant sur la verge pour faciliter le cathétérisme on remarque que la paroi inférieure de l'urètre est légèrement saillante. En l'examinant de plus près on constate que l'urètre est augmenté de volume et uniformément induré, sans être douloureux à la pression. L'induration commence au sillon balano-préputial et se prolonge à travers le scrotum jusqu'au périnée. Cet urètre cylindrique ne présente pas d'irrégularité à la palpation; il donne l'impression d'une bougie. Ses parois latérales et inférieures sont séparables des tissus péri-urétraux qui ne sont pas enflammés. La peau du périnée est normale et facilement mobilisable sur les tissus sous-jacents.

A l'examen microscopique des urines on trouve du muco-pus en abondance.

La réaction de Wasserman est positive.

Le 24 novembre on fait une urétrotomie interne avec sections multiples; une sonde à demeure est laissée en place 48 heures.

Après le retrait de la sonde la miction ne reprit qu'avec difficulté.

La prostate, au toucher, est petite, régulière. Rien d'anormal à l'exploration de l'urètre qui dans sa portion prostatique n'est pas allongé et est facilement franchissable.

Par cathétérisme on évacue un résidu de 600 cmc. d'urine purulente et fétide.

Les jours suivants une cystoscopie révéla trois diverticules dont l'un profond. Le 11 décembre 1930, le patient ne supportait pas bien sa sonde à demeure, et quand la surveillance se relâcha il l'enleva.

Comme l'état général s'aggravait, pour obtenir un meilleur drainage, on fit une cystostomie avec tube de Marion dans la vessie.

Pour confirmer le diagnostic de syphilome cylindroïde, on fit vers le milieu du périnée la résection d'un fragment d'urètre suivie de suture circulaire.

L'état du malade ne s'améliora pas après la cystostomie, il empira progressivement jusqu'à sa mort survenue le 14 janvier 1931.

A l'autopsie. — Nous pûmes enlever l'appareil génito-urinaire et étudier les lésions de l'urètre.

La séparation du canal d'avec les corps caverneux fut aisée et on constata que le cylindre urétral conservait le volume, la dureté, l'uniformité de surface qu'il avait avant la mort.

L'incision de l'urètre le long de sa paroi supérieure, montra quelques taches blanc grisâtre, légèrement saillantes sur la muqueuse, de taille inégale n'excédant pas celle d'une large lentille.

La vessie était le siège de trois diverticules, qu'avait déjà fait reconnaître la cystoscopie ; deux situés à la partie inférieure du côté droit, le troisième plus en arrière.

OBSERVATION III (Albarran).

Homme de 36 ans, qui, il y a 3 ans, eut un chancre induré phagédénique du méat. Chez lui, la vérole a pré-

senté une précoce et exceptionnelle gravité : éruptions répétées de grosses pustules d'ecthyma, ulcérations de la gorge et du palais, nécrose des bords alvéolaires avec chute des dents, testicules syphilitiques ; tous ces accidents se sont succédés pendant les trois dernières années sans que le traitement, trop peu intense du reste, ait réussi à les faire disparaître complètement. Lorsque il y a quatre mois, je vis ce malade pour la première fois, il avait encore de larges ulcérations du palais ; du côté des organes génitaux, la syphilis avait déterminé des désordres extraordinaires. La verge était réduite à un moignon informe, tordu sur lui-même, dans lequel on reconnaissait à grand peine les restes du gland ; tout l'urètre pénien avait disparu et le méat se trouvait représenté par un orifice infundibuliforme au centre d'une large ulcération placée au niveau de la partie antérieure du scrotum ; tout le canal urétral, dans ses portions scrotale et périnéale, apparaissait énorme, bosselé et induré. L'orifice d'entrée permettait le passage d'un explorateur à boule n° 8, qui se trouvait arrêté à 1 centimètre de profondeur, et je ne pus réussir à pénétrer jusque dans la vessie qu'avec une petite bougie filiforme contournée en spirale. La prostate, au toucher rectal, paraissait saine. Pendant six semaines, je soumis ce malade au traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, sans toucher à son urètre. Sous l'influence de cette médication, le périnée s'assouplit et l'urètre laissa passer, sans aucune dilatation préalable, un explorateur à boule n° 12, tandis que avant le traitement, je ne pouvais pénétrer dans la vessie qu'avec une bougie filiforme. Il y a donc eu chez mon malade une amélioration du rétrécissement par le seul fait du traitement spécifique, mais ce traitement n'a pu amener une guérison complète

même aidé de la dilatation progressive. Pendant plus de deux mois, j'ai pratiqué la dilatation en même temps que je continuais le traitement mixte, et je n'ai pu arriver à passer dans l'urètre qu'une sonde béniqué n° 38. En ce moment lorsqu'on explore le canal par le palper on sent une induration péri-urétrale qui, depuis quelques semaines ne diminue plus, et par l'explorateur à boule on constate depuis l'orifice antérieur de l'urètre jusqu'au niveau du bulbe, l'existence d'un long rétrécissement à ressauts successifs. Je me propose de pratiquer chez ce malade l'urétrotomie interne sur dilatation.

OBSERVATION IV (Joly).

Syphilome cylindroïde de l'urètre.

(Résumée, compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910. Rapport Minet).

M. H..., 48 ans.

Cryptorchide à droite.

Blennorrhagie dans les antécédents. Syphilis en 1883.

Accidents cérébraux de 1892 à 1899.

1903. — Jet décroissant pendant les accidents cérébraux et paralytiques.

Écoulement persistant malgré injections, etc.

Rétention intermittente, cathétérisme appuyé, puis cystite.

Palpation. — Noyau à l'angle pénien, prolongé en cordon dur à quelques centimètres en avant avec autre renflement au milieu.

Douleur entre les deux renflements.

Exploration. — Boules ne passent pas.

Bougie 8 à frottement dur.

Traitement. — 1^o Dilatation progressive ; 8 à 16 en quelques jours ; rechute aussitôt ;

2^o 3 grammes IK par jour et dilatation à 16 ; le calibre se conserve.

3^o Urétrotomie interne, 3 sections, sonde 18, dilatation 20, qui est continuée, mais récidive des difficultés huit jours après.

Le canal n'admet plus que 15.

4^o Mercure ; calomel, puis salicylate de Hg. tous les huit jours, six fois. Pas de dilatation. Amélioration considérable du jet et quelque temps après on atteint 23.

La gaine fibreuse limite alors la dilatation.

OBSERVATION V (Glantenay).

Syphilome diffus de la verge.

(Résumée, Compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, rapport Minet).

X..., 30 ans. Deux blennorragies dans les antécédents. Syphilis en 1891. En 1894, noyau urétral au niveau du frein et ulcération du gland. En 1895, l'induration s'étend jusqu'à la jonction des parties pénienne et scrotale, et les ulcérations du gland sont serpigneuses. Amélioration par un traitement de 22 jours (proto-iodure), puis la marche envahissante continue.

En 1896, on constate : syphilides tuberculo-ulcéreuses du gland, circonscrivant le méat qu'elles rétrécissent ; du frein jusqu'à la partie la plus reculée de l'urètre, cordon

dur, gros comme le médius, noueux en quelques points, mais surtout au niveau de la limite qui sépare l'urètre scrotal de l'urètre périnéal où il présente un renflement dur, bosselé, comme une grosse amande, paraissant siéger surtout dans la paroi inférieure du canal. Au périnée, « baguette de fusil », enchaînée dans le canal. L'urètre n'admet que le n° 8, pas d'anneaux, mais coarctation progressive.

Indolence en dehors des mictions ; douleur à la fin de la miction, jet baveux, suintement opalin.

Traitement mercuriel. Diminution du volume de l'urètre et disparition des syphilides. Les mictions tardent à s'améliorer, mais deviennent bonnes à la fin. Il ne persiste qu'une légère induration et un nodule de la grosseur d'une lentille.

OBSERVATION VI (Brault).

Infiltration scléro-gommeuse de l'urètre pénien.

(Résumée, Compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, rapport Minet).

It..., 26 ans, européen, entre dans le service où il a été déjà traité, pour syphilis maligne précoce.

Il a eu des gommes sur diverses parties du corps.

Actuellement, il présente des placards gommeux serpiginieux en pleine évolution, notamment au tronc, sur la tête et sur le bras gauche.

On observe une cicatrice de gomme occupant largement le méat, dans la rainure balano préputiale ; près du frein, à gauche on trouve une fistule oblique qui communique avec l'urètre ; là aussi il y a eu une gomme suppurée.

Tout ceci est banal, ce qui l'est moins, c'est ce que l'on constate par ailleurs sur l'urètre.

A la partie inférieure de la verge, depuis la rainure balano-préputiale jusqu'au bulbe, on sent le canal énorme, dur, infiltré, un peu inégal par places ; l'infiltration est plus large à la partie antérieure, et là, il y a une gomme en voie de ramollissement, gomme qui simule assez bien un abcès péri-urétral. Un peu de pus suinte par le canal ; le malade ne souffre pas en urinant et on lui passe assez aisément une bougie du n° 18.

Le malade a été soumis au traitement mixte intensif ; il nous a quitté dès qu'il a été amélioré.

OBSERVATION VII (Notta).

Induration syphilitique de l'urètre (résumée).

Ferdinand L..., âgé de 72 ans, entre le 7 août 1848 à l'hôpital Saint-Antoine, service de Nélaton.

A 20 ans, il contracte une première blennorrhagie, qui s'accompagne d'orchite et est suivie d'écoulement urétral persistant.

Deuxième blennorrhagie vers l'âge de 30 ans.

A 50 ans, nouvelle blennorrhagie avec deux chancres à la base du gland.

Quatre ou cinq mois après la première il commença à éprouver un peu de difficulté à uriner. Cette difficulté fut toujours en augmentant.

Il y a deux ans le suintement urétral, qu'il avait toujours conservé, se transforma en écoulement abondant, mais nullement douloureux. Depuis lors il a persisté avec ces caractères.

Il y a un an, il eut au méat urinaire une ulcération qui mit deux mois à se cicatriser.

Auparavant il avait remarqué que son canal urétral était induré, mais c'est seulement depuis l'ulcération que l'induration a pris les énormes proportions qu'elle a aujourd'hui.

Il y a cinq ou six mois, il lui vint, sur le côté gauche de l'urètre, au-devant des bourses, une petite tumeur, qui, au bout de six semaines, acquit le volume d'un œuf de pigeon, puis resta stationnaire.

Il entra le 16 juin à l'hôpital Saint-Antoine où Nélaton se mit à l'usage des pilules de proto-iodure.

Etat actuel. — Ecoulement urétral clair, d'un blanc très légèrement jaunâtre, assez mal lié; au niveau du méat cicatrice déprimée et indurée.

L'urètre, depuis son origine jusqu'au gland, a l'aspect d'un cordon arrondi, d'un volume égal dans toute son étendue, de la grosseur du pouce, et d'une dureté comparable à celle du bois.

A 7 ou 8 centimètres du méat, à gauche de l'urètre, est une tumeur du volume d'une aveline. Cette tumeur s'est fistulisée il y a trois semaines et laisse passer quelques gouttes d'urine pendant la miction.

Cette tumeur est indolente, dure comme l'urètre, auquel elle est rattachée par un pédicule étroit.

L'urètre n'est pas douloureux à la pression, ni lors de la miction. Les corps caverneux sont normaux.

Le jet d'urine est très petit; le malade est obligé de faire des efforts au moment des mictions.

Dans les érections la verge conserve sa rectitude normale.

Pas de douleur ostéocope, ni d'exostoses sur les os

superficiels. Il n'a jamais eu de boutons sur la peau ni de croûtes dans les cheveux.

A son premier séjour il a été impossible d'introduire des bougies dans l'urètre.

Traitement : Proto iodure de Hgcl et KI.

Le 18, la tumeur latérale a diminué, la miction est plus facile, l'urètre est dans le même état.

Le 27, Nélaton et Beniqué, cherchent en vain à pratiquer le cathétérisme avec une petite sonde métallique. La paroi du canal est irrégulière, rugueuse.

L'urètre a notablement diminué de volume.

OBSERVATION VIII (Massia).

Grave rétrécissement de l'urètre dû à une infiltration syphilitique diffuse.

D. N..., manœuvre, 25 ans.

En avril 1923, ulcération vénérienne, avec adénopathie inguinale droite suppurée, et chancre syphilitique de la face interne du prépuce, apparus respectivement à 3 et 10 jours du coït.

En deux mois et demi le malade reçoit une série d'injections intra-veineuses de néosalvarsan ; et 6 injections intra-musculaires de calomel.

En septembre, blennorragie qui guérit en deux mois.

Etat actuel : (janvier 1925).

Depuis un mois et demi difficulté de la miction qui s'est accrue depuis une semaine, l'urine est émise maintenant goutte à goutte.

L'urètre, apparaît comme étant constitué par un manchon de la grosseur d'un tuyau de pipe, légèrement aplati

dans le sens antéro-postérieur, de consistance fibreuse, non élastique. Cette induration occupe tout l'urètre, sauf sa partie antérieure : elle débute à 1 cm. 1/2 du méat.

Elle est uniforme, sans partie plus résistante, sans noyau.

Elle est indolente, tant à la palpation qu'à la pression profonde.

La prostate est normale, les urines sont limpides.

Wassermann, Meinicke, positifs.

En sondant l'urètre on passe seulement avec le n° 6 et on rencontre une série d'obstacles, jusqu'à l'extrémité du scrotum où l'on sent avancer la sonde sans effort.

L'urétrographie (prof. Ferria) montre l'image d'une sténose urétrale occupant toute la région pénienne et les deux tiers de la portion scrotale, au delà l'urètre est normal et même légèrement élargi.

Il n'a pas été possible de pratiquer une urétroscopie étant donné le faible calibre de l'urètre.

Diagnostic. — Infiltration syphilitique diffuse.

Traitement. — 6 injections de bismoxil, sans amélioration. Salvarsan 3 gr. 25 en un mois : Une amélioration se produit. Traitement iodo-ioduré par voie buccale 50 grammes en un mois. Puis 15 injections de bi-chlorure de mercure, et enfin 6 injections de calomel. Le malade sort guéri le 9 juin 1925.

OBSERVATION IX. (Renault).

Syphilome tertiaire, cylindroïde de l'urètre (Résumée)

Malade ayant contracté la syphilis en 1884 ; n'a pas suivi de traitement pendant les deux premières années

de sa maladie. En 1886 il y a des plaques muqueuses, en 1903 des syphilides ulcéreuses du scrotum qui guérissent assez vite.

Examiné en 1903 : au niveau du périnée, en arrière du scrotum, existe une tumeur dure de la grosseur d'une noix, qui se continue avec la portion bulbaire de l'urètre et adhère en un point à la peau.

On apprend que cette tumeur est le reliquat d'une gomme survenue il y a un an, qui s'est ouverte spontanément, a été suivie d'une fistule urineuse et a été traitée à Nancy par le Dr Février.

De plus on constate que l'urètre jusqu'au méat est entouré d'un manchon cylindrique d'une dureté pierreuse. Ce cylindre est régulier dans toute son étendue, un peu plus saillant cependant vers la partie moyenne du pénis. Il se continue en arrière, avec la tumeur périnéale.

Les deux lèvres du méat offrent une dureté anormale. La muqueuse est de couleur normale.

Il n'y a aucun écoulement. Le malade n'a jamais eu de blennorragie.

Ces lésions sont absolument indolores ; c'est par hasard que le malade s'en est aperçu, après cicatrisation de la collection périnéale.

Cependant la miction est troublée, le jet d'urine est mince.

A l'entrée du malade à l'hôpital on ne pouvait introduire que le n° 6.

Les corps caverneux sont intacts : l'érection est normale.

On donne 3 grammes d'iodure par jour : rapidement la lésion rétrocede d'un quart, et le malade urine beaucoup mieux.

Renault fait suivre de commentaires cette observation :

il pense qu'il s'agit de tissu gommeux, car la régression est rapide, mais il ne croit pas pouvoir obtenir un résultat complet car il estime qu'au tissu gommeux se joint un élément scléreux contre lequel il est désarmé.

OBSERVATION X (La Mensa).

(Résumée, compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, Rapport Minet).

M..., 53 ans, barbier.

Antécédents, — A 33 ans, ulcération suspecte dont le diagnostic n'a pas été fait. A 39 ans, mariage, 4 enfants à terme, fausse couche de trois mois à la cinquième grossesse.

Un an plus tard, il aperçoit du pus au méat et en même temps à la base de la verge, à l'insertion antérieure du scrotum une tumeur de la grosseur d'une prune, indolente, le malade se fait des injections de permanganate, mais la suppuration augmente ainsi que l'inflammation de la tumeur ; le pus est sanguinolent, la miction devient très douloureuse, la verge est le siège d'un gonflement qui débute à sa base et atteint peu à peu le prépuce, provoquant un phimosis irréductible qu'on traite par des applications froides et des cataplasmes. Peu à peu le gonflement diminue, la dysurie persista ainsi que la tumeur. Puis on constata des tumeurs craniennes, des douleurs articulaires et musculaires avec exacerbations nocturnes, enfin une ulcération balano-préputiale à base indurée.

Etat actuel. — Trois tuméfactions craniennes, de consistance molle au centre, osseuse à la périphérie, douloureuses spontanément avec exacerbation nocturne, ainsi qu'à la pression.

Pus au méat. A droite du frein, petite tumeur circonscrite fibreuse, peu douloureuse, qu'on pourrait confondre avec un chancre initial.

Palpation. — Méat normal ; nodule décrit ci-dessus ; à 3 centimètres plus loin, faisant corps avec le canal, commence une induration scléreuse qui augmente peu à peu jusqu'à l'insertion antérieure du scrotum, et devient fusiforme plus loin en diminuant de largeur, pour se terminer à l'insertion postérieure du scrotum ; au maximum, l'épaisseur est celle d'une olive.

On passe difficilement une sonde 10 Charrière, avec vive douleur surtout vers le point le plus épaissi. Ce rétrécissement est la cause des douleurs de la miction ; cystite ; des sondages répétés sont nécessaires.

Dans le pus, pas de cocci.

Suites. — Du 7 mars au 1^{er} avril, injections d'atoxyl, sans résultat.

Ensuite, injections de salicylate de Hg et iodure à forte dose. Amélioration des douleurs articulaires et craniennes ; la tumeur diminue un peu, la miction est moins brûlante.

Le 25 avril, les tumeurs craniennes ont diminué de moitié ; on introduit alors facilement une sonde 14, mais 12 est trop douloureuse.

11 mai : la tumeur urétrale, de fusiforme devient cylindrique. Dysurie, mais pas de douleur, sécrétion presque tarie. On cesse le mercure et on continue l'iodure.

20 mai : l'urètre n'a, au maximum de largeur, que 1 centimètre. Une sonde 16 entre facilement.

15 juin : l'urètre présente la même tuméfaction. On ne peut dépasser 16 Charrière.

La Mensa diagnostique une lésion quaternaire ou de

réparation cicatricielle. Le noyau fibreux voisin du frein, excisé et examiné, ne présente pas de spirochètes, mais il a la structure d'une gomme syphilitique.

OBSERVATION XI (Hudelo).

Syphilome cylindroïde de l'urètre (observation IV,
Thèse de Rougier, page 34).

Malade ayant eu un chancre induré de la verge, plusieurs années auparavant, et qui présentait une tuméfaction non douloureuse de l'urètre postérieur.

A la palpation, on sentait très nettement, un manchon périurétral allant en s'effilant pour se terminer à la partie moyenne de l'urètre pénien.

Pas d'écoulement.

On pratique un cathétérisme qui permet de constater un calibre urétral normal.

M. Hudelo porte alors le diagnostic de syphilome tertiaire de l'urètre avec infiltration gommeuse et fait donner de l'iodure de potassium au malade.

Trois semaines après la lésion avait complètement disparu.

OBSERVATION XII (Rougier).

Syphilome cylindroïde (observation IV, Thèse Rougier,
p. 33).

Un malade syphilitique depuis plusieurs années se plaint d'une légère dysurie; pas d'écoulement.

L'examen du malade fait constater au palper, une infiltration cylindrique de l'urètre au niveau des régions scro-

tales et périnéales sur une étendue de 4 centimètres environ.

Le cathétérisme révèle la présence d'un rétrécissement notable, expliquant la dysurie.

On institue immédiatement le traitement ; la guérison suivit très rapidement.

OBSERVATION XIII (La Mensa).

(Résumée, compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, Rapport Minet).

Homme de 30 ans ayant pris la syphilis à 18.

Tumeur siégeant sur le dos de la verge et vers le milieu, du volume d'une grosse olive. Miction et érection douloureuses. Œdème de toute la région voisine et formation d'un phimosis. La palpation montre une induration fibreuse du canal de l'urètre au niveau de la tumeur : la pression fait sortir du pus et du sang. L'introduction d'une sonde est rendue difficile par la diminution du calibre urétral. On passe pourtant une sonde élastique n° 13.

Le malade fut soumis aux frictions mercurielles et à la médication iodurée. Après six semaines de traitement, la miction n'est plus douloureuse, mais la sténose urétrale n'a pas disparu et on ne peut introduire une sonde supérieure au n° 14.

OBSERVATION XIV (Desnos).

(Résumée, compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, Rapport Minet).

G. ., 32 ans, syphilis à 20 ans, iodure et pilules. Blennorrhagie à 22 ans ; légère, disparaît en trois semaines.

A 26 ans, tuméfaction de la clavicule ; disparaît en un mois, après frictions et iodure. Depuis lors, prend tous les ans du sirop de Gibert pendant un mois.

6 février 1903. — Il y a deux mois, déformation du jet, et dysurie depuis 15 jours. Exploration : boule 10 arrêtée à l'angle péno-scrotal ; boule 8 passe avec frottement ; longueur 1 cm. 1/2. A ce niveau, par le palper, induration diffuse, folliculite. Urétrite prostatique très légère. Dilatation progressive.

15 février. — Boule 10 passe avec peine ; saignement facile ; pas de réaction inflammatoire après les séances.

Après deux mois de traitement, dilatation, simple et électrolytique ; on passe avec peine un 14 ; les difficultés mictionnelles restent les mêmes.

15 avril. — Le malade prend du sirop de Gibert comme tous les ans.

25 avril. — La dilatation beaucoup plus facile permet un 18.

25 mai. — Disparition de tout rétrécissement et induration péno-scrotale.

OBSERVATION XV (Gaucher et Druelle).

Syphilome tertiaire de l'urètre (Résumé).

Malade de 29 ans.

Chancre il y a 7 ans ; mal traité.

A 27 ans, syphilides ulcéro-croûteuses du gland et du sillon balano-préputial, guérissant par le traitement, mais laissant une fistule urinaire à gauche du frein.

Il y a 3 mois, tuméfaction de la face inférieure de la verge, en même temps que miction douloureuse ; manifestations qui cessent spontanément.

Leur réapparition un mois plus tard le fait consulter.

A l'examen : miction pénible, le malade pousse, le jet est mince et prolongé : en même temps vives douleurs.

Il y a écoulement urétral léger, jaunâtre, peu épais.

L'urètre pénien est infiltré, tuméfié, mais la tuméfaction n'est pas uniforme : on a la sensation de petites nodosités séparées les unes des autres par un canal infiltré et induré.

En palpant l'urètre apparaît un liquide gommeux non purulent.

Pas d'adénopathie inguinale.

Le traitement améliore rapidement le malade

OBSERVATION XVI (Golberg).

*Rétrécissement infranchissable de l'urètre,
chez un syphilitique. Urétrotomie. Guérison. (Résumé).*

Homme de 35 ans. Marié, 3 enfants.

Il y a trois ans contracte en même temps la blennorragie et la syphilis.

A été traité seulement au cours de la deuxième année par deux séries de salvarsan et de Hg.

Depuis 6 mois il avait de la peine à uriner.

Il consulte en rétention d'urine complète depuis 20 heures.

Une sonde n° 14 s'arrête dans le bulbe ; une filiforme est également arrêtée. Il faut pratiquer une ponction vésicale à deux reprises.

Ce n'est qu'au bout de 48 heures que le malade peut uriner spontanément. Les mictions sont de peu d'abondance ; le jet d'urine est très fin.

10 jours plus tard on parvient à passer une filiforme. On fait alors une urétrotomie interne, qui sectionne trois rétrécissements, un à l'orifice ; un au milieu de l'urètre pénien ; un au niveau de l'urètre membraneux.

Après trois semaines de dilatation, on passe un béniqué 50...

La dilatation s'est maintenue et plusieurs mois après on passait facilement un n° 23.

OBSERVATION XVII (Fournier).

(Résumé).

Malade ayant contracté la syphilis 15 ans auparavant.

Présente une ulcération balano-préputiale d'origine gommeuse.

A 4 mm. de l'entrée du méat, on trouve dans l'urètre une ulcération se continuant plus en avant dans le canal, identique comme aspect à l'ulcération balano préputiale et évoluant en même temps, quoique en étant complètement indépendante. Cette ulcération est absolument

limitée à l'urètre, et n'atteint pas le méat ; c'est donc une ulcération primitivement urétrale.

La douleur est à peu près nulle.

Le traitement fait disparaître rapidement ces deux ulcères.

OBSERVATION XVIII (Fournier).

(Résumé).

Malade dont l'urètre pénien présente une induration massive, qui, partie du frein, se prolonge vers la racine de la verge sur une étendue de 3 à 4 centimètres, donnant au canal l'apparence d'un cylindre cartilagineux.

Il existe une fistule au niveau de la fossette gauche du frein, qui laisse passer du pus, et pendant les mictions de l'urine.

Pas de douleur.

Un traitement par l'iodure donne une amélioration rapide.

OBSERVATION XIX (Fournier).

(Résumé).

Jeune homme porteur d'une lésion gommeuse, phagédénique de la couronne du gland.

En même temps, écoulement urétral, d'aspect blennorragique avec vives douleurs au moment des mictions.

Quelques jours plus tard, en entr'ouvrant le méat, on constate une ulcération intra-urétrale, qui devint de plus en plus apparente les jours suivants en progressant vers le méat.

Elle gagna le méat, le déborda, et vint former à la

surface du gland un véritable type d'ulcération tertiaire.

Le traitement guérit ces lésions.

Après plusieurs semaines, réapparition de l'écoulement simulant absolument l'écoulement blennorragique.

Le canal s'infiltré et s'indure.

Des ulcérations reparaissent sur le gland, prennent la forme phagédénique en même temps que le canal se perforé.

Finalement, malgré le traitement, au bout de 18 mois les deux tiers du gland étaient détruits.

OBSERVATION XX (Queyrat).

(Résumé, thèse de Baye, p. 174).

C... Eugène, 43 ans.

Première blennorragie à 17 ans, non compliquée.

Deuxième blennorragie à 22 ans. Orchite gauche.

Syphilis à 27 ans. Chancre du sillon balano-préputial.

Traité par des pilules et IK.

Vers 33 ans, apparaît sur le gland une petite tache noire qui s'ulcère spontanément, laissant suinter un pus jaunâtre. Puis apparaissent deux ou trois autres ulcérations analogues ; elles disparaissent par IK., en laissant des cicatrices, déprimées, irrégulières.

Une autre ulcération se développe au niveau du méat, s'accompagne d'écoulement jaunâtre. Le méat fut entamé, déformé, sans cependant gêne de la miction.

Le traitement par l'iode fait disparaître les lésions mais consécutivement apparaît une zone indurée, intéressant le méat en entier et le canal de l'urètre jusqu'à une profondeur de quelques millimètres. A ce moment la miction

est troublée ; le jet d'urine se divise en deux ou trois filets ténus.

Etat actuel. — Au niveau de l'extrémité de l'urètre, existe un bloc fibreux, scléreux, et sous la verge on sent sur le trajet du canal, deux ou trois petites nodosités, dures et irrégulières. Le méat est déprimé, ses lèvres sont déformées par des cicatrices.

La miction est gênée, sa durée augmentée.

Depuis longtemps existe un écoulement urétral, visqueux, louche, parfois séro-purulent. L'érection et l'éjaculation sont normales.

L'urètre postérieur est normal ; l'urètre antérieur ne peut admettre qu'une bougie n° 12, Charrière.

Baye conclut à syphilome cylindroïde de l'urètre.

OBSERVATION XXI (Mauriac).

(Résumé).

Homme de 50 ans, syphilis contractée à 30 ans.

Au moment où il se présente à la consultation, on voit au niveau du sillon balano-préputial plusieurs ulcérations profondes.

Quelques jours plus tard, les tissus sous-jacents sont détruits, l'urètre mis à nu est perforé, si bien que l'urine s'écoule par 5 fistules.

Trois se ferment spontanément au bout de 2 mois de traitement. Deux fistules persistent par lesquelles se font les mictions car le méat est obturé par une cicatrice.

OBSERVATION XXII (La Mensa).

(Résumé, compte rendu de l'Association Française d'Urologie, 1910, rapport Minet).

Diagnostic basé sur les commératifs et confirmé par le succès du traitement mercuriel. Gomme ayant succédé chez un homme de 45 ans à une ulcération du frein saignant après le coït. La palpation révèle une induration urétrale, partant de la fosse naviculaire et s'étendant sur un trajet de 3 cm. 1/2. Aucune participation du méat au processus morbide. L'induration continue sur le pourtour du gland. On essaie d'introduire une sonde n° 13 qui s'arrête au niveau de la région indurée. Le traitement consiste en frictions mercurielles et iodure à doses croissantes. Le volume de la tumeur se réduit progressivement et au bout de six semaines l'œdème avait complètement disparu.

OBSERVATION XXIII (La Mensa).

(Résumé).

Homme de 36 ans, présentant à l'extrémité antérieure de la verge une tumeur circonscrite, de la grosseur d'une olive, indolente, lisse, arrondie, se continuant avec l'urètre induré, sur une longueur de 3 centimètres.

Le méat est un peu rouge, la peau et les tissus sont libres sur la tumeur.

Une sonde n° 6 était arrêtée au niveau de la tumeur qui secondairement s'ulcéra et fistulisa l'urètre.

OBSERVATION XXIV (Mauriac).

(Résumé).

Malade ayant contracté la syphilis 17 ans auparavant.

Consulte pour un écoulement muqueux, incolore, et non douloureux, bien différent des écoulements qu'il a présentés au cours de plusieurs blennorrhagies antérieures.

Quelques jours plus tard, le côté gauche du gland s'indure, se tuméfie, en même temps que deux ulcérations apparaissent au voisinage du méat sur la muqueuse balanique.

Puis l'urètre balanique s'indure, et l'écoulement devient purulent.

Un traitement ioduré énergique fait disparaître l'induration et l'écoulement rapidement.

Il persiste une caverne intra-balanique, qui retient les dernières gouttes d'urines après les mictions.

OBSERVATION XXV (Casper).

(Résumé).

Malade de 31 ans, qui après un coït suspect présente un écoulement.

Malgré le traitement classique de la blennorrhagie, au bout de 6 semaines aucune amélioration.

Le malade avoue alors une syphilis ancienne.

On met en œuvre le traitement spécifique qui en 15 jours amène la disparition de l'écoulement.

OBSERVATION XXVI (Gaucher et Rostaine).

(Résumé).

Homme de 27 ans, chez qui apparaît à droite du frein un petit bouton qui s'ulcère.

Cette ulcération gagne l'urètre et le malade urine par une fistule.

Examiné à Saint-Louis, en 1904, il présente un large orifice urétral ulcéré au niveau du frein, l'ulcération remontant jusqu'au méat et entourant à peu près complètement le gland.

Pas de douleurs, pas de ganglions.

Dans les corps caverneux, gomme multiples sous forme de nodules durs, du volume d'une olive, rendant l'érection incomplète.

Au bout de 2 mois de traitement, les gomme du corps caverneux disparaissent, mais la guérison des gomme urétrales a entraîné la destruction de toute la paroi inférieure de l'urètre balanique.

OBSERVATION XXVII (Guisy).

(Résumé).

L'auteur a observé deux cas de rétrécissement syphilitique du méat et de la fosse naviculaire, chez deux personnes de 27 et de 37 ans.

Un traitement anti-syphilitique améliore le rétrécissement, mais après quelques années, le rétrécissement avait récidivé.

La dilatation progressive donna une amélioration, mais il fallut pratiquer l'urétrotomie et ensuite une dilatation progressive.

EPOQUE D'APPARITION

C'est en général à une époque tardive de la syphilis qu'apparaît la localisation urétrale tertiaire, 8, 15, 20 ans.

Cependant, on cite le cas de Mauriac, où l'ulcération tertiaire du sillon balano-préputial apparaît 3 mois après le chancre.

Pour Rougier, Baye, la lésion urétrale serait fréquemment, quand elle existe, la seule manifestation tertiaire ; elle apparaîtrait isolément rendant ainsi le diagnostic plus difficile.

Pour Jungano, ce serait au contraire exceptionnel ; il cite l'observation de Gaucher et Druelle (observation XV) où l'infiltration du canal fut précédée de gommes du gland et du sillon balano-préputial ; les cas de Queyrat (observation XX), de Glantenay (obs. V), de Joly (obs. IV) où existaient des manifestations syphilitiques extra-génitales.

Mode d'envahissement.

La localisation urétrale de la syphilis tertiaire peut se produire de deux façons.

Elle peut être secondaire à des lésions de voisi-

nage ; c'est, d'après Fournier, la règle : une infiltration tertiaire du sommet du gland ou du pourtour du méat, en s'accroissant, pénètre dans l'urètre.

Elle peut être primitive (syphilis autochtone de Fournier, qui en insistant sur sa rareté en rapporte dans son traité 3 observations) (obs. XVII, XVIII et XIX).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège des lésions.

D'après Fournier c'est surtout l'extrémité pénienne qui est intéressée sur une zone allant de 1 à 5 centimètres au plus.

La majorité des cas ne dépasserait pas la région balanique ; « la syphilis tertiaire de l'urètre se désintéresse des régions moyenne et postérieure ».

Cette affirmation semble trop absolue.

Dans de nombreuses observations, c'est loin du méat que l'urètre est intéressé : urètre pénien, scrotal, ou périnéal.

Caractères anatomiques des lésions.

On a distingué :

1° L'infiltration diffuse avec ulcération primitive.

Ce serait surtout de tels cas qu'aurait observés Fournier.

Une infiltration tertiaire se condense au sommet du gland, soit au pourtour du méat, soit sur une des lèvres du méat.

Elle s'accroît, s'étend et pénètre dans le canal, jusqu'à 1, 2, rarement 3, 4 centimètres.

L'infiltration urétrale forme à l'infiltration primitive un prolongement « en manche de raquette ».

Cette infiltration s'ulcère, et le processus ulcéreux peut rester superficiel, ou bien creuser et donner au méat l'aspect « en entonnoir ».

L'ulcération en tous cas offre des caractères particuliers : repose sur une base indurée, a des contours arrondis, des bords non décollés ; le fond en est irrégulier.

2^o Les gommes : elles apparaissent comme de petits noyaux aux contours arrondis, de consistance dure.

Leur siège d'élection est le gland, au niveau du sillon balano-préputial et de chaque côté du frein.

Mais elles peuvent siéger au niveau de l'urètre pénien (obs. XV), au niveau de l'urètre périnéal (obs. IX).

Elles sont souvent multiples (obs. XV, obs. XVII).

Elles seraient le plus souvent péri-urétrales, et envahiraient l'urètre par propagation.

Leur évolution se fait vers le ramollissement et la fistulisation ; soit dans l'urètre (obs. XXV), soit à la peau, soit des deux côtés, créant une fistule urinaire (obs. IX, obs. VII, etc....).

3^o Le syphilome cylindroïde.

C'est, dit Fournier, qui l'a ainsi dénommé, une

lésion très rare. Elle se caractérise anatomiquement par une infiltration cylindroïde régulière, et d'une dureté notable, comparée à « un porte-plume, un tuyau de pipe ».

D'après Fournier, il serait presque toujours associé à des lésions ulcéreuses plus antérieures.

4° L'infiltration scléro-gommeuse.

L'urètre a « l'apparence d'un gros cordon scléreux, à relief très irrégulier, les nodosités étant constituées par des gommes et l'infiltration occupant les segments intermédiaires à celles-ci, qui peuvent être multiples et très rapprochées » (Minet).

Cette forme est donc très voisine du syphilome cylindroïde si l'on admet que celui-ci peut être accompagné de lésions ulcéreuses ou gommeuses.

« De la gomme unique, ulcérée ou arrêtée dans son évolution, et accompagnée d'un infiltrat urétral plus ou moins étendu, jusqu'au syphilome cylindroïde pur, sans nodosité, ni ulcération, on trouvera tous les intermédiaires. »

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Jungano fait suivre l'observation de syphilome cylindroïde qu'il rapporte des résultats de l'examen histologique qu'il a pu pratiquer.

« Les fragments furent prélevés en deux endroits : au niveau de l'urètre pénien, au niveau de l'urètre périnéal.

« Ils furent fixés dans le Bouin et colorés par les colorants ordinaires, (hématoxyline et éosine) et par triples colorations (Lowenstein).

« En examinant le fragment de l'urètre pénien, on voit la lumière de l'urètre, avec son épithélium bordant, dont les couches cellulaires sont beaucoup plus nombreuses que normalement. Les cellules de la couche profonde présentent un gonflement polyédrique, plus ou moins accentué ; leur membrane cellulaire a subi la transformation cornée ; les noyaux sont diminués de volume, situés au centre, ou bien déplacés vers l'un des pôles de la cellule.

« Vers la lumière de l'urètre, l'épithélium devenait plus plat, presque lamelleux, tandis que la transformation cornée devenait générale et complète.

« Des foyers d'infiltration existaient dans le corps

spongieux où ils produisaient une dissociation des fibres musculaires.

« Près de la lumière urétrale, les capillaires étaient pour la plupart atrésiés ; plus à distance, les vaisseaux étaient de plus gros calibre, mais très modifiés. La plupart présentaient un décollement hyperplasique des tuniques vasculaires soit de la part de l'intima, soit de la part de la média : une hyperplasie des éléments conjonctifs surtout, qui dans la média remplaçaient les fibres circulaires.

« En raison de cette hyperplasie, leur lumière se rétrécissait progressivement, et à mesure que le processus évoluait, il la réduisait à une étroite fissure et aurait pu parvenir à l'oblitérer.

« Les masses fibreuses plus ou moins arrondies, correspondaient à des vaisseaux autrefois oblitérés.

« Ces diverses modifications, plus diffuses, plus prononcées dans le fragment pénien, existaient moins marquées au niveau de l'urètre périnéal.

« Quelques unes de ces masses fibreuses, étaient traversées par des vaisseaux néoformés.

« Ces modifications histo-pathologiques réalisaient le tableau habituel de l'endo et méso-artérite syphilitique. »

Jungano ajoute :

« L'infiltration tertiaire syphilitique de l'urètre est constituée comme pour les autres localisations de la syphilis de tissu gommeux, scléro-gommeux, ou entièrement scléreux, selon le stade anatomique du processus spécifique.

« La transformation scléreuse, représente l'ultime phase du processus morbide.

« L'extension en superficie et en profondeur de la sclérose cause des lésions permanentes, non modifiables du canal urétral. »

Le cas de Jungano est un syphilome cylindroïde pur : La palpation de l'induration l'a montrée absolument régulière. De plus à l'examen histologique, pas de tissu gommeux, mais des lésions oblitérantes des vaisseaux, productrices de sclérose.

Pour Jungano, l'induration du canal, apparaît chez son malade, comme une conséquence directe des altérations vasculaires, et il conclut :

« Les manifestations tertiaires de la syphilis de l'urètre se manifestent sous deux aspects distincts, anatomo-pathologique et clinique.

« La première forme ne peut être définie anatomiquement car elle est en relation avec le stade évolutif du tissu gommeux ; elle se traduit cliniquement par la transformation du canal en un cylindre irrégulier, plus ou moins dur, avec nodules gommeux.

« La deuxième forme, comme notre cas où le cylindre est uniformément dur et régulier, est due à de sévères et diffuses lésions des vaisseaux de l'urètre.

SYMPTOMES

Signes subjectifs.

L'INDOLENCE ET L'INSIDIOSITÉ.

Tous les auteurs insistent sur ce point, que confirment les dernières observations publiées.

Il y a parfois douleur au moment ou à la fin de la miction. Mais cette douleur est en général modérée, le cas de Gaucher et Druelle (obs. XV) est exceptionnel à cet égard. Le malade ressentait de très vives douleurs pendant la miction, alors que d'autre part ses lésions étaient indolores au palper.

Dans plusieurs observations c'est par hasard que le malade a constaté l'induration urétrale.

TROUBLES DE LA MICTION.

Ils sont à peu près constants.

Il s'agit de gêne de la miction : le malade doit pousser, le jet est mince et sans force.

Ce sont ces troubles qui amènent souvent le malade à consulter.

Leur aggravation est en général rapide, Massia (obs. VIII).

Ils peuvent aller jusqu'à la rétention, Jungano (obs. II).

L'ÉCOULEMENT.

C'est un symptôme fréquent, mais qui peut manquer, Hudelo (obs. XI).

C'est, dit Fournier, « un suintement urétral, blennorrhœide, léger ou moyen, non purulent, laissant sur le linge, des taches dont les unes sont grisâtres, et les autres d'un gris jaunâtre, tout à fait comparable à celles que produit l'écoulement d'un vésicatoire ».

Il peut apparaître brusquement correspondant à l'ouverture d'une gomme dans l'urètre.

Il semblait constituer le seul symptôme chez le malade de Casper (obs. XXV).

L'examen bactériologique de cet écoulement n'est mentionné que dans quelques observations : Gaume et Lafourcade, staphylo et colibacilles (obs. I). La Mensa, pas de cocci, (obs. X).

L'existence d'urétrorragie associée à l'écoulement n'est signalée que dans une observation de La Mensa (obs. XIII).

Signes objectifs.

Il existe plusieurs aspects cliniques.

1^o *Le syphilome cylindroïde*, Jungano (obs. II), Massia (obs. VIII), etc.....

Le canal au palper revêt la forme d'un cordon plus ou moins volumineux et de longueur variable.

Il est dur.

Il est de consistance régulière, sans nodosité, sans irrégularité,

On l'a comparé à « une baguette de fusil, un porte-plume, un tuyau de pipe ».

Dans la plupart des cas existent les signes d'un rétrécissement accusé ; c'est bien souvent pour des troubles de la miction que de tels malades consultent.

La présence de tissu scléreux, rend le canal inextensible, la verge prend la forme d'un arc au moment de l'érection.

Mais il n'existe alors aucune douleur.

2^o *La forme scléro-gommeuse* Glantenay (obs. V), Gaucher et Druelle (obs. XV).

Il existe une induration de l'urètre sur un segment plus ou moins étendu.

Mais ce cordon scléreux a un relief irrégulier, il est déformé par des nodosités qui sont les gommès.

Cette forme est très voisine de la précédente car il est rare que la palpation soigneuse du syphilome cylindroïde, ne révèle pas l'existence de quelques nodosités.

Ce serait la règle pour Fournier.

3^o *Les gommès*, Gaucher et Rostaine (obs. XXVI), La Mensa (obs. XXIII), etc..

A l'état isolé on les voit surtout siéger dans les autres parties du pénis : peau, corps caverneux.

Elles se présentent comme des nodosités de contours arrondis, dures d'abord, rénitentes, élastiques ; elles se ramollissent ensuite.

Les troubles de la miction qu'elles provoquent sont dus d'ordinaire à la compression du canal, surtout quand elles siègent à sa face inférieure.

En se ramollissant elles peuvent s'ouvrir à la fois dans l'urètre et à l'extérieur créant une fistule urinaire. Notta, (obs. VII), Renault, (obs. IX).

Lorsque leur siège est urétral, ce qui est rare, c'est presque toujours près du méat.

4^o *Le syphilome tertiaire du méat*, Queyrat (obs. XX), La Mensa (obs. XXIII).

Le segment tout antérieur de l'urètre est envahi; il devient un cordon induré.

Alors qu'en arrière il se continue sans transition avec l'urètre sain, en avant il se continue avec une induration envahissant le gland, au pourtour du méat, sur une étendue variable : d'où l'aspect « en clou, en manche de raquette ».

Selon Hammonic, l'infiltration scléreuse serait d'ordinaire développée dans le sens vertical, et affecterait la forme d'une lame d'induration. Il recommande pour cette raison de palper l'urètre de haut en bas de façon à mieux apprécier l'importance de l'induration ; la lésion évolue fréquemment vers la sténose dont témoignent les troubles de la miction.

L'écoulement urétral est la règle.

5° *L'ulcération syphilitique tertiaire.*

Une de ses caractéristiques, dit Hammonic, est de reposer sur une base d'induration plus ou moins épaisse. Elle est de contours circulaires, de coloration rouge foncée; avec des bords non décollés, un fond irrégulier et comme vernissé.

Au niveau du méat où on l'observe surtout, en détruisant les tissus, elle transforme le méat en un entonnoir au fond duquel on découvre difficilement l'orifice urétral recouvert de débris pultacés. Fournier (obs. XIX).

Absence d'adénopathie,

L'exploration des régions inguinales ne révèle pas d'adénopathie.

Tout au plus peut-on constater une adénopathie inflammatoire dans le cas de gomme ulcérée, infectée secondairement.

Exploration du calibre de l'urètre.

Elle n'a pas été faite, ou du moins n'est pas mentionnée dans quelques observations.

Quand elle a été faite, on a presque toujours trouvé un rétrécissement plus ou moins accusé.

Cependant il y a des exceptions, Hudelo (obs. XI), Brault (obs. VI).

L'urétroscopie.

Elle n'a pas été pratiquée très souvent.

Cas de Gaume et Lafourcade (obs. I) : On voit des zones ulcérées, arrondies, séparées par des bandes blanchâtres d'aspect scléreux (Voir figure, *Jour. Urol.*, 1932).

Lang, cité par Minet : La muqueuse était transformée en partie en cicatrices rétractiles, en partie en callosités saillantes dans l'urètre.

Michon, cité par Jungano, découvre à l'urétroscopie des plaques de leucoplasie.

Jungano (obs. I) en rapproche son observation ; à l'autopsie, après ouverture de l'urètre, on trouva sur la muqueuse des plaques leucoplasiques.

SYPHILIS TERTIAIRE DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

Elle serait, d'après Fournier, plus fréquente que chez l'homme.

Elle serait très rarement une lésion primitive de l'urètre : Fournier en cite un cas. Presque toujours elle est secondaire à une lésion de voisinage. Une gomme apparaît près du méat, gagne de proche en proche le vestibule, le méat, puis l'urètre, dont l'extrémité prend la forme d'un entonnoir.

La lésion peut se propager plus en avant dans l'urètre, comme dans le cas de Virchow, souvent cité : à l'autopsie d'une femme de 84 ans ; syphilitique, on trouva une ulcération ayant envahi le méat, l'urètre et la vessie.

Les lésions présenteraient certains caractères cliniques particuliers : « Un état remarquable en tant que dureté des tissus qu'elles affectent.

« Cette dureté est toujours très accentuée, comme celle du chancre. Parfois elle est telle qu'on croirait le méat et le bulbe transformés en cartilage, ce qui peut prêter à l'erreur en faisant croire à un néoplasme.

« C'est ensuite l'état du méat, tout à fait variable : tantôt tout à fait occlus, par compression périphérique, due à l'infiltration exubérante des parties, tantôt élargi, évidé en entonnoir lorsqu'il a été atteint par l'ulcération et laissant apercevoir les parois urétrales jusqu'à une certaine profondeur. Les parties du canal ainsi découvertes sont : ou gris jaunâtre, ou rouge vineux et saignent facilement à la pression, ce qui confirme encore dans l'hypothèse d'un néoplasme » (Fournier).

Enfin, dans toutes les observations, ces lésions urétrales s'accompagnent de douleurs à la miction, ce qui est rarement observé chez l'homme.

Une observation récente, de Lassacagne et Rousset, confirme ces données.

OBSERVATION XXIX

G... Marie, 47 ans, est envoyée, le 25 octobre 1932, par l'un d'entre nous à la clinique dermatologique de notre maître le professeur Nicolas, salle Sainte-Marguerite, pour gomme de l'urètre.

Il s'agit d'une vieille prostituée qui pratique son métier depuis une trentaine d'années et qui a la syphilis depuis le début de sa carrière. Elle était très régulièrement traitée jusqu'à il y a dix huit mois.

L'affection actuelle aurait débuté il y a très peu de temps, quatre à cinq jours avant son entrée, par des douleurs à la miction, douleurs qui étaient surtout terminales. En outre, au moment du coït, l'intromission de la verge était douloureuse.

A l'entrée, à l'examen, on trouve dans l'urètre une lésion d'aspect gris verdâtre, pseudo-membraneuse, de la grosseur d'un gros pois, située à un demi-centimètre du méat et qui éverse un peu la muqueuse urétrale.

A la palpation, on ressent une sensation de dureté ligneuse qui donne l'impression d'une nodosité dure enchâssée dans la muqueuse de la partie vaginale de l'urètre.

Lorsqu'on regarde de plus près la lésion, on constate que le méat a pris une forme en entonnoir permettant d'apercevoir l'urètre sur une longueur de 1 cm. 1/2. Il est entouré d'une ulcération à bords taillés à pic, à l'emporte-pièce, dont le fond très creusé est irrégulier.

Il n'y a pas d'adénopathie satellite.

La recherche des tréponèmes est négative.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive, la réaction de Hecht très positive.

Le 31 octobre, on note que la malade n'a plus ressenti aucune douleur à la miction après la deuxième injection de bismuth (bivatol) et que l'ulcération est à peu près cicatrisée; d'ailleurs, dès la première injection, l'amélioration avait été évidente.

Le 4 novembre, la malade quitte l'hôpital, sa lésion étant complètement cicatrisée après quatre injections.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les lésions tertiaires de l'urètre, chez les hérédosyphilitiques, sont exceptionnelles.

On ne connaissait que l'observation de Fournier.

OBSERVATION XXX

(Résumée.)

Jeune homme de 19 ans, manifestement hérédosyphilitique (antécédents héréditaires, cicatrices de gommès, hyperostose du tibia, kératite interstitielle, triade d'Hutchinson).

Le malade présente à la verge une lésion ayant débuté il y a trois mois par un écoulement purulent et une balanite avec phimosis. La verge ne tarda pas à se tuméfier considérablement et on dut inciser le prépuce légèrement ulcéré sur les bords.

On découvrit alors à la face inférieure du gland une vaste ulcération ayant déjà détruit une certaine partie du gland et ouvert l'urètre à sa partie inférieure.

L'adénopathie qui était marquée au début a rétrocedé spontanément et presque complètement.

Pas de douleurs.

Il fut facile d'exclure l'idée de chancre simple, puisqu'il

n'y avait pas eu de rapports depuis 20 jours ; le diagnostic de néoplasme étant donnée l'indolence presque absolue des lésions, les caractères très spéciaux de l'adénopathie, et l'âge du sujet, fut aussi éliminé.

On aurait pu penser au chancre induré phagédénique, mais il n'y avait pas de phénomènes secondaires. Le diagnostic de lésions tertiaires hérédosyphilitiques fut porté, et le traitement ioduré ne tarda pas à amener la cicatrisation complète.

Valverde en a publié une observation en 1923.

OBSERVATION XXXI

*Un cas de gomme ulcérée primitive de l'urètre.
Manifestation d'hérédo-syphilis tardive (Résumé).*

H... E., 32 ans, marié, 4 fils bien portants, sa femme a fait une fausse couche.

Vu le 30 décembre 1922.

Il y a 4 à 5 ans, il a expulsé 4 calculs à de petits intervalles.

Quatre mois plus tard survint une hématurie.

Un an après, réapparition d'hématuries qui se répètent à intervalles de plus en plus proches, pour devenir quotidiennes en décembre 1922.

A l'examen. — Sujet pâle, anémique.

Ganglions épitrochléens.

Reins, vessie, prostate, normaux.

Système nerveux, cœur normaux.

A l'urétroscopie : l'urètre membraneux est légèrement congestionné, l'urètre antérieur présente une grande ulcération de près de 6 centimètres, localisée aux parois infé-

rieure et latérales, allant de l'angle pénoscrotal au voisinage du sillon balano-préputial. Cette ulcération avait un fond rouge foncé, congestionné, bourbillonneux, et des bords à pic. Il s'en écoulait un liquide jaunâtre ?

Pas de rétrécissement ni de douleurs pendant la miction, pas d'adénopathie inguinale.

A la palpation de l'urètre on remarquait une induration de toute la zone correspondante à l'ulcération.

Wassermann positif.

Diagnostic. — Gomme ulcérée primitive de l'urètre ; hérédosyphilis tardive.

Traitement. — Ionargyre et néosalvarsan.

Les hématuries disparaissent au 3^e jour du traitement.

Un examen urétroscopique le 17^e jour, montre une grosse amélioration : il persiste seulement une intense congestion de la zone ulcérée.

Quarante jours après le début du traitement, le malade est guéri. Cinq mois plus tard il est toujours en état de santé parfaite.

COMPLICATIONS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DE L'URÈTRE

Il y en a trois principales :

Le phagédénisme, les fistules, le rétrécissement.

Le phagédénisme.

Il constituerait une complication relativement fréquente : 6 % des cas dans la statistique de Fournier, qui déclare que les phadénismes génitaux, dérivent pour la plupart de lésions tertiaires.

Il peut atteindre l'urètre balanique et le gland, Fournier (obs. XIX).

Il peut créer des lésions beaucoup plus graves. Mauriac (obs. XXI) ; Zeissl (obs. XXXIII) ; Albarran (obs. III).

Dans l'observation de Minet (obs. XXXII) la verge a presque entièrement disparu :

Les fistules.

C'est une complication que l'on relève dans de nombreuses observations.

Elle serait due à la fonte d'une gomme s'ouvrant

à la fois à l'urètre et à la peau. C'est la paroi inférieure de l'urètre moins épaisse qui se fistulise. Pour Albarran, elles peuvent être en rapport avec l'ouverture d'un abcès urineux, par infection surajoutée.

Humbert en a établi une classification d'après le siège.

C'est au niveau de l'urètre balanique, siège habituel des gommès, qu'on les observe surtout.

Mais il existe des fistules : scrotale, Minet (obs. XXXII) ; Albarran (obs. III), périnéale ; Renault (obs. IX).

Les rétrécissements.

Deux travaux consacrés à l'étude des rétrécissements syphilitiques sont surtout à retenir.

En 1894, Albarran, dans un article de la *Semaine médicale* donne une observation personnelle (obs. III).

En 1910, Minet, dans son rapport à l'Association Française d'Urologie, distingue deux sortes de rétrécissements syphilitiques tertiaires : les sténoses tertiaires par infiltration, les sténoses tertiaires cicatricielles.

Il convient d'éliminer du cadre des rétrécissements syphilitiques les compressions urétrales par des gommès de voisinage.

« La compression du canal constitue un incident ordinairement fugace et d'assez peu d'importance parce qu'on peut le combattre à l'aide du cathétérisme toujours facile » Hammonic.

1^o LES STÉNOSES TERTIAIRES PAR INFILTRATION.

Ce sont elles surtout qui sont intéressantes : ce sont les vrais rétrécissements syphilitiques.

Pour Fournier, elles seraient exceptionnelles, et il oppose leur rareté, à la fréquence des rétrécissements gonococciques.

Cependant presque toutes les observations publiées depuis 1900 mentionnent un rétrécissement de l'urètre. Malheureusement le calibre n'a pas été toujours mesuré, ni surtout suivi avec beaucoup de soin.

Il est difficile en raison du petit nombre des observations de donner un tableau d'ensemble du rétrécissement syphilitique.

Age. — Les rétrécissements sont apparus à tout âge : de 25 à 74 ans, avec prédominance entre 30 et 40 ans.

La syphilis avait été contractée un an et 49 ans auparavant dans les cas extrêmes.

Blennorrhagie antérieure. — L'existence d'une blennorrhagie antérieure qui aurait pu exposer à une erreur de diagnostic, ou tout au moins prêter à le discuter, est précisée 8 fois sans que dans la plupart des cas la date en soit donnée.

Six observations mentionnent deux ou trois blennorrhagies antérieures.

Siège du rétrécissement. — Il peut siéger sur tous les points de l'urètre.

Partie antérieure de l'urètre pénien (obs. XX).

Partie moyenne de l'urètre pénien (obs. XIII).

Angle péno-scrotal (obs. XIV).

Urètre périnéal (obs. XV).

Nombre. — Ils sont multiples dans plusieurs observations.

Il existe trois rétrécissements (un près du méat, un au niveau de l'urètre pénien, un au niveau de l'urètre membraneux (obs. XVI).

Il existe trois rétrécissements étagés sur l'urètre pénien (obs. I).

Longueur. — Ils s'étendent parfois sur une grande longueur, surtout en cas d'infiltration diffuse et avant l'action du traitement spécifique.

(Obs. III) il est fait mention d'un long rétrécissement à ressauts successifs.

(Obs. VII) la paroi du canal est irrégulière et rugueuse sur une grande longueur.

Calibre. — Le rétrécissement était :

Filiforme, dans quatre cas.

Calibre 6, trois cas.

Calibre 8, trois cas.

Calibre 10, un cas.

Calibre 12, un cas.

Calibre 13, deux cas.

Le rétrécissement syphilitique apparaît donc comme un rétrécissement serré.

SIGNES SUBJECTIFS : *L'écoulement urétral.* — Il existait dans 8 observations, sous différents aspects, soit pus franc ; soit écoulement séreux.

L'examen histologique, fait dans deux cas (obs. I, obs. X), n'a pas montré de gonocoques.

Urétrorragie. — Elle n'existait que dans un cas (obs. XIII) où la pression du canal faisait sortir du pus et du sang.

En tous cas, si à l'exploration du canal il y a hémorragie celle-ci est minime.

Dysurie. — Elle existe dans toutes les observations de rétrécissement à des degrés variables : le malade est obligé de pousser, la force du jet est diminuée.

Le malade de l'observation IV était obligé de recourir au sondage.

L'aggravation des troubles de la miction est presque toujours rapide.

Rétention. — Les troubles de la miction vont jusqu'à la rétention complète dans deux observations (obs. II, obs. XVI).

Dans l'observation II les troubles existaient depuis deux mois, dans l'observation XVI, depuis 6 mois.

Douleurs. — En dehors de la difficulté de la miction, les lésions sont peu douloureuses il n'y a d'exception que pour l'observation XV.

Cette absence de douleur constitue un caractère bien particulier chez de tels malades, ayant des troubles de la miction, un écoulement urétral, et de grosses lésions urétrales.

SIGNES OBJECTIFS. — Ce sont ceux des différentes formes cliniques de la syphilis urétrale.

Le palper permettra de reconnaître l'infiltration urétrale et péri-urétrale du syphilome cylindroïde, ou de la syphilis scléro-gommeuse.

L'explorateur à boule, comme dans tout rétrécissement, montre le siège, le calibre, et l'étendue du rétrécissement.

L'urétroscopie, lorsqu'on le peut, doit être pratiquée.

L'interrogatoire, la recherche de syphilis, de blennorrhagie dans les antécédents, fournissent autant de données permettant de discuter le diagnostic.

Evolution. — C'est sur ce point que les observations sont malheureusement souvent incomplètes.

On a obtenu des améliorations, et des guérisons par le traitement ; mais, dans beaucoup d'observations, les modifications du calibre urétral n'ont pas été suivies et notées avec précision.

Le traitement spécifique, seul mis en œuvre, a donné de bons résultats chez les malades des observations V, VIII, IX et XII.

Cependant ces résultats demandent quelques commentaires.

Le malade de Glantenay, observation V, avait un rétrécissement de calibre 8, en rapport avec un syphilome cylindroïde. Le traitement mercuriel améliore les mictions ; il ne persiste qu'une légère induration. On ne donne pas le calibre à la fin du traitement.

Le cas de Massia, (obs. VIII) est analogue : syphilome cylindroïde. Mictions très pénibles, calibre 8. Le traitement spécifique guérit le malade ; on ne donne pas le calibre.

Renault (obs. IX) obtient une amélioration dans un cas de syphilome cylindroïde avec rétrécissement admettant le n° 5. La lésion rétrocede d'un quart, sans qu'on indique la modification du calibre. Renault déclare, d'ailleurs, ne pas espérer un résultat complet, car dit-il, « il est probable qu'au tissu gommeux s'ajoute un élément scléreux, contre lequel nous sommes désarmés ».

Le cas de Rougier (obs. XII), comporte une guérison sans indication de calibre.

Le traitement spécifique, mis en œuvre isolément, se serait montré sans efficacité dans les deux observations X et XII.

Obs. X (La Mensa) : syphilome cylindroïde, rétrécissement n° 10. Par le traitement spécifique, on ne peut dépasser le 16. La Mensa diagnostique une lésion quaternaire, ou de réparation cicatricielle.

Obs. XIII (La Mensa) : après traitement spécifique le malade ne souffre plus au moment des mictions, mais le calibre est passé de 13 à 14.

Dans plusieurs observations, on a associé le traitement spécifique à la dilatation.

Le malade d'Albarran (obs. III), avait l'urètre scrotal et périnéal indurés n'admettant qu'un filiforme. Le traitement spécifique, en 6 semaines, assouplit l'urètre qui admet le n° 12. La dilatation associée alors au traitement spécifique permet d'atteindre le calibre 19. Mais il est impossible d'aller plus loin, il faudra une urétrotomie interne.

Desnos (obs. XIV) essaie la dilalation simple, et en deux mois, passe seulement du n° 10 au n° 14. Ce n'est qu'après un traitement au sirop de Gibert, que la dilatation devient plus facile et permet un n° 18.

Le malade de Joly (obs. IV) est d'abord dilaté, du n° 8 au n° 16, mais le rétrécissement récidive aussitôt. Le traitement spécifique le stabilise au n° 16. On fait alors une urétrotomie interne, et on atteint le n° 20 ; mais nouvelle récidive, le calibre retombe au n° 15. La reprise du traitement spécifique, sans dilatation, donne une amélioration : on atteint le n° 23.

Le malade de Gaume et Lafourcade (obs. I) voit apparaître son rétrécissement au cours d'un traitement spécifique intensif. Ce rétrécissement, d'apparition rapide, nécessite une urétrotomie interne, et récidive aussitôt. Il faut deux mois de dilatation hebdomadaire pour le stabiliser au 46 béniqué et encore à chaque séance y avait-il une réduction de calibre.

Cette tendance à la récidence est donc signalée dans deux observations, I et IV.

De la confrontation de ces quelques observations il semble que les traitements spécifique et urologique doivent être associés, car ils ont chacun leur rôle dans la lutte contre la sténose.

Minet écrivait dans son rapport : « Le rétrécissement est constitué d'une part, par l'infiltration tertiaire elle-même, pour une autre part par la sclérose, qui est le terme de son évolution : cette sclérose à caractères cicatriciels est définitive, si bien qu'un traitement trop tardif ne la modifie presque plus. Plus précoce, le traitement fait disparaître l'infiltration en grande partie, mais il laisse des lésions de sclérose, qui empêchent l'urètre de reprendre son calibre normal ».

L'infiltration tertiaire relèverait du traitement spécifique, la sclérose du traitement urologique.

Le traitement spécifique seul, donne de grosses améliorations ou des guérisons, dans les observations V, VIII, IX et XII : dans aucune de ces observations, le calibre à la fin du traitement n'est donné. Il persiste d'ailleurs dans l'observation IX, un élément scléreux, qui aurait peut-être bénéficié d'un traitement urologique.

Dans les observations X et XIII, où le traitement spécifique ne donne à peu près rien il semble qu'il y aurait eu intérêt à tenter la dilatation.

C'est du moins ce qui s'est vérifié dans les obser-

vations I, III, IV et XIV où les dilatations ont été combinées au traitement.

Ces notions sont également en accord avec ce qu'écrivait Albarran ; qui distinguait deux catégories de sténose.

« Les unes transitoires, contemporaines de l'induration syphilitique, qui naissent avec elle et guérissent lorsque la lésion initiale a disparu : c'est le fait de l'infiltration gommeuse.

« Les autres, rétrécissements consécutifs, qui persistent après guérison de la lésion syphilitique, et qui n'ont de syphilitique que leur origine. Il s'agit alors soit d'un rétrécissement cicatriciel, dû à la réparation des lésions destructives du canal, soit encore d'un simple rétrécissement inflammatoire ; la sclérose du tissu spongieux succédant à l'inflammation banale qui accompagne les manifestations urétrales de la vérole.

Une seule observation, celle de Golberg (obs. XVI) rapporte un cas de rétrécissement syphilitique, traité par les seuls moyens urologiques. Filiforme, ayant provoqué une rétention, le rétrécissement après urétrotomie et dilatation est stabilisé au n° 23 ; il n'est malheureusement pas précisé s'il y avait syphilome urétral et le malade avait eu une blennorrhagie antérieure.

2^o LES STÉNOSES TERTIAIRES CICATRICIELLES.

On les voit succéder aux ulcérations phagédéniques tertiaires, elles sont souvent associées à des fistules.

Telle l'observation de Mauriac (obs. XXI).

Il en est de même dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXXII (Minet).

Phagédénisme tertiaire de la verge. Fistules urinaires multiples. Etranglement de l'urètre par la rétraction cicatricielle. Urétrostomie périnéale (Résumé).

Homme 80 ans.

Antécédents mal éclaircis. Depuis deux ans, accidents tertiaires qui ont ulcéré le gland, la verge, perforé l'urètre et entraîné le sphacèle du corps caverneux.

Depuis plusieurs mois, l'urine s'écoule par des fistules : surtout par des fistules scrotales. Le malade mouillé par l'urine stagnante doit porter un urinal. Les mictions sont fréquentes et difficiles, mais peu douloureuses.

A l'inspection il n'existe plus qu'un rudiment de verge de 1 centimètre $1/2$ de longueur.

A sa base, dans le sillon où elle s'enfonce dans le scrotum, plusieurs pertuis laissent sourdre du pus et de l'urine.

A la face antérieure du scrotum, deux grandes ulcéra-

tions profondes en leur centre, qui sert d'orifice aux principaux trajets fistuleux.

L'exploration de l'urètre est impossible, mais la palpation le montre souple dans la traversée périnéale.

Minet pratique une urétrostomie périnéale, avec sonde à demeure.

OBSERVATION XXXIII (Von Zeissl).

(Résumé).

En même temps que 4 gommés du gland, existait une gomme de la face inférieure du pénis, qui détruisit la peau et la paroi urétrale sur 2 centimètres de longueur.

La cicatrice consécutive fut si étroite qu'une rupture s'ensuivit au milieu du pénis : toute l'urine s'écoulait à ce niveau.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DE L'URÈTRE

« Le diagnostic semble assez facile si l'on y pense » (Gaume et Lafourcade).

C'est la rareté de l'affection qui est responsable pour une grande part dans les hésitations du diagnostic.

De tous les symptômes, l'un d'eux est particulièrement caractéristique : c'est l'indolence.

La notion de la syphilis antérieure est pour le diagnostic un élément de premier ordre ; il peut arriver que l'on ait peine à l'établir (observ. I).

Elle autorise l'épreuve du traitement spécifique qui confirme le diagnostic.

La tuberculose de l'urètre, quand elle n'est pas, comme c'est la règle associée à une tuberculose urinaire, peut réaliser un tableau voisin de celui de la syphilis tertiaire.

L'examen de l'écoulement urétral prend alors une grande importance, en révélant la présence de bacilles de Koch.

La blennorrhagie apparaît dans bien des observations, comme la première affection à éliminer. Les malades en cause sont souvent d'anciens blennorrhagiques.

Lorsqu'ils se présentent avec des signes de rétrécissement avec induration péri-urétrale, on pense facilement à un rétrécissement gonococcique compliqué de péri-urétrite.

L'écoulement qui les accompagne souvent évoque tout d'abord l'idée de blennorrhagie.

Dans certains cas l'induration urétrale peut être prise pour la corde de l'urétrite blennorrhagique.

Cependant l'écoulement n'est pas de pus franc : il ne contient pas de gonocoques.

D'ailleurs l'indolence de telles manifestations est frappante.

Il faut penser à la syphilis, la rechercher, et essayer le traitement spécifique,

« Dans certains cas de rétrécissements gonococciques, accompagnés ou non de fistules, le diagnostic peut être délicat, chez des individus syphilitiques. Il faut l'épreuve du traitement spécifique.

« Dans les cas où le malade consulte pour un écoulement sans phénomènes inflammatoires, si le canal est dur, indolent, chez un ancien blennorrhagique, il faut essayer le traitement spécifique » (Jungano).

Le cancer de l'urètre. — La syphilis tertiaire de l'urètre peut lui ressembler beaucoup surtout quand

il s'agit d'un syphilome cylindroïde, occupant une petite étendue de l'urètre et accompagné de quelques nodules gommeux. Dans le cancer, il y a également gêne de la miction, rétrécissement, et écoulement urétral.

Le cancer surviendrait chez des sujets assez âgés ; son siège est de préférence périnéal et scrotal, mais Jungano a observé un épithélioma chez un homme de 40 ans, et les cas de syphilome de l'urètre scrotal et périnéal ne sont pas rares.

De plus de valeur serait l'apparition rapide de douleurs en cas de cancer : cette douleur peut être le premier signe (Marion).

Un signe constant en cas de cancer est l'hémorragie : le cancer saigne spontanément et surtout à la plus légère exploration.

Dans le cancer, au cours d'une exploration, l'instrument après avoir passé le rétrécissement, est arrêté dans une cavité urétrale, où il trouve une certaine liberté (Albarran, Tanton).

« L'évolution du cancer, est rapide : l'exploration est toujours douloureuse, plus difficile, plus hémorragique » (Jungano).

Il n'y a pas d'adénopathie en cas de syphilis, alors qu'elle est relativement fréquente dans le cancer.

Le cancer envahit les tissus profonds, ulcère la peau, et crée des fistules entourées de nodules néoplasiques.

En cas d'ulcération gommeuse, le diagnostic différentiel avec le cancer peut être difficile.

« L'ulcération syphilitique n'adhère pas aux tissus sous-jacents présente une inégale épaisseur, une base indurée et non douloureuse avec une légère sécrétion. Quelquefois elle est recouverte d'une escharre adhérente et jaunâtre, signe d'une intense nécrose centrale. L'ulcération cancéreuse a des bords épais et durs ; elle saigne très facilement ; elle sécrète un liquide sanieux fétide » (Jungano).

Cependant, Tanton, Jungano estiment que le diagnostic peut rester délicat, et qu'il est nécessaire de pratiquer une biopsie pour justifier une opération mutilante.

PRONOSTIC

Il dépend du stade de la maladie et de la forme anatomique des lésions.

« La forme gommeuse est curable. La forme scléro-gommeuse est rebelle » (Jungano).

C'est l'importance de la sclérose qui règle le pronostic.

Il faut donc mettre en œuvre au plus vite le traitement spécifique, de façon à agir avant que la sclérose ait le temps de s'organiser : ce qui explique les bons résultats obtenus dans certaines observations par ce seul traitement.

Quand le processus scléreux est plus avancé, le traitement spécifique peut ne rien donner (obs. X et XIII).

Il faut alors employer le traitement urologique, de façon persévérante (car la tendance à la récurrence peut être grande) et on a pu obtenir des résultats relativement bons.

Lorsque les fistules sont apparues, le traitement spécifique ne peut rien sur elles.

Les fonctions génitales peuvent être compromises par déviation du pénis empêchant le coït, mais ce serait surtout le fait de gommes des corps caverneux.

TRAITEMENT

Le traitement de cette affection, aux confins de deux spécialités, nécessite la collaboration de l'urologue et du syphiligraphe.

Il faut appliquer, dès le diagnostic posé, le traitement anti-syphilitique et surveiller avec soin le calibre de l'urètre lorsque le rétrécissement n'existe pas d'emblée.

En présence d'un rétrécissement, il faut au traitement spécifique, associer le traitement urologique: dilatation et urétrotomie interne.

On se rappellera que ces rétrécissements sont particulièrement difficiles à traiter, qu'ils sont souvent multiples, qu'ils peuvent s'étendre sur une grande longueur, qu'ils peuvent récidiver très rapidement. On devra donc les surveiller de très près.

Des indications spéciales peuvent se poser.

Le phagédénisme réclame un traitement spécifique, particulièrement énergique.

Dans certains cas de rétrécissement serré, en cas de rétention, on pourra être amené à pratiquer une cystostomie.

En cas de fistule, on pourrait envisager un traite-

ment chirurgical : une urétroplastie, en tenant compte cependant de la mauvaise qualité du tissu. Minet (obs. XXXII) a fait une urétrostomie périnéale.

CONCLUSIONS

La syphilis tertiaire de l'urètre est une affection rare.

Elle intéresse le syphiligraphe, pour qui elle apparaît comme une localisation rare de la syphilis tertiaire.

Elle intéresse l'urologue, qui par elle est exposé à des erreurs de diagnostic et doit traiter sa complication la plus fréquente : le rétrécissement.

Elle serait plus fréquente chez la femme.

Cliniquement, chez l'homme, elle se manifeste sous plusieurs aspects :

Le syphilome cylindroïde, qui transforme l'urètre en un cordon induré, régulier, lisse.

L'infiltration scléro-gommeuse, qui donne à l'urètre l'apparence d'un gros cordon scléreux, de relief irrégulier ; les nodosités étant constituées par des gommes.

Les gommes de l'urètre, qui sont rarement isolées.

Le syphilome tertiaire du méat, qui, produisant une induration du gland, au pourtour du méat, se prolonge par une induration de la partie antérieure de l'urètre « en manche de raquette ».

L'ulcération syphilitique de l'urètre, avec ses caractères spéciaux.

Toutes ces manifestations sont indolentes et insidieuses.

Elles évoluent sans adénopathie.

L'existence d'un écoulement urétral est fréquente, et peut faire croire à une blennorrhagie qu'on relève souvent dans les antécédents.

Il en est de même des troubles de la miction. Ils témoignent de l'existence d'un rétrécissement, qui constitue la complication habituelle : ce rétrécissement est très vite serré, il est difficile à traiter.

Les fistules urétrales constituent une autre complication que pourrait peut être éviter un traitement spécifique précocement mis en œuvre.

Le diagnostic n'est fait qu'en pensant à la syphilis, en la recherchant, et en faisant le traitement d'épreuve.

On peut avoir à le discuter avec celui de blennorrhagie et de cancer de l'urètre.

Le pronostic dépend de la forme anatomique et du stade de la maladie ; on peut beaucoup contre l'infiltration gommeuse, peu contre la sclérose, qui en est l'aboutissant normal et qui existe parfois d'emblée.

Il faut donc que le traitement spécifique soit rapidement et énergiquement mis en œuvre.

Le rétrécissement demandera à être traité par la médication spécifique, à laquelle devra être combiné le traitement urologique : dilatation, urétrotomie

interne. Il est parfois difficile de le stabiliser à un calibre suffisant à cause de sa tendance à la récédive.

Les fistules peuvent réclamer un traitement chirurgical spécial.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Adrian.* — Ueber syphilitische Harnröhrenstrikt. beim Manne. (Monatsch. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg., 1904)
- Albarran.* — Rétrécissements syphilitiques de l'urètre. (Semaine méd., 1894).
- Andry.* — Histologie du syphilome tertiaire de l'urètre féminin (Journ. mal. cut. et syph., 1901).
- Balzer.* — Traité pratique des maladies vénériennes, 1897.
- Baye.* — La syphilis de l'urètre. Thèse de Paris, 1910-1911.
- Brault.* — Infiltration scléro-gommeuse de l'urètre pénien. (Soc. Franç. de dermat. et syphil., juillet 1910).
- Brownson.* — Gommès du pénis (Arch. of dermat., avril 1877).
- Burckhardt.* — Die Syph. d. Harnöhre (Handbuch d. Urol., III, p. 264).
- Casoli.* — Il sifiloma del meato, etc... (Giorn. ital. d. mal. vener. e. della pell., 1896).
- Casper.* — Beitrag zur pathologie der Harnröhen geschwure (Deuts. Med. Wochens., 1893).
- De Santi.* — Rétrécissement syphilitique de l'urètre (Soc. Chir., 1880, p. 318).
- Engelhardt.* — Gommès multiples des corps caverneux (D. med., Woch., 1904).
- Faitout.* — La syphilis de l'urètre (Gaz. Hôp., 1899).
- Février.* — Syphilome cylindroïde de l'urètre (Méd. mod., 1904).
- Fournier.* — Traité de la syphilis. Période tertiaire, 1904).

- Fuller.* — Rétrécissement de l'urètre profond chez un syphilitique (Boston med. journal, 1896).
- Gaucher.* — Syphilis des organes génitaux de l'homme, 1909.
- Gaucher et Druelle.* — Syphilome tertiaire de l'urètre (Bull. soc. Franç. dermat. et syph., 1909).
- Gaucher et Rostaine.* — Gommès de l'urètre et des corps caverneux (Ann. dermat. et syph., 1904).
- Gaume et Lafourcade.* — Un cas de syphilis tertiaire de l'urètre (Journal d'urologie 1932).
- Glantenay.* — Syphilome diffus de la verge (Assoc. fr. d'Urol., 1897).
- Goldberg.* — L'évolution du rétrécissement syphilitique de l'urètre (Deut. Med. Woch., 1914, p. 913).
- Hammonic.* — Syphilomes péniens et rétrécissements syphilitiques de l'urètre (Ass. franç. Urol., 1910, p. 199).
- Harrisson.* — Lecture and surgical disorders of the urin. organs, 1887.
- Humbert.* — Les fistules uréthro-péniennes (Sem. méd., 1890).
- Hudelo.* — Thèse de Paris (Rougier) 1908-1909, p. 34).
- Joly.* — Syphilome cylindroïde de l'urètre (Ann. de la soc. Méd. chir. de Liège, 1905, p. 350-353).
- Jungano.* — Cylindroid syphiloma of the urethra. Report of a case with histo-pathological examination (The urologic and cutaneous Review, jan. 1932, p. 9).
- Lacassagne et Rousset.* — Syphilis tertiaire de l'urètre (Paris Méd., 1933).
- La Mensa.* — Sulle gomme autoctone sifilitische dell' ur. (Folia urol., avril 1908).
- Ancora un caso di gom. sifil. autocht. (*Ibid.*, oct. 1908).
- Lang.* — Vorlesungen ueb. Pathol. u. therap. d. syphilis, 1895
- Legrain.* — Gomme ulcérée du gland. Fistule urinaire (Ann. org. génit. urin., 1892, p. 751).
- Lequeu.* — Traité d'urologie chirurgicale.

- Loumeau.* — Chirurgie des voies urinaires. Bordeaux 1897.
- Marion.* — Traité d'urologie.
- Massia.* — Rétrécissement de l'urètre dû à une infiltration syphilitique diffuse (Giorn. ital. d. dermat. et syph., 1926, p. 845).
- Mauriac.* — Traité de la syphilis tertiaire, 1890.
- Michon.* — Syphilis tertiaire de l'urètre et fistule urétrale (Recueil de mémoires d'urologie médicale et chirurgicale, 1911).
- Nicolas, Lebeuf et Rougier.* — Syphilis tertiaire de l'urètre (Bul. soc. franç. de dermat. et de syph., 1909).
- Notta.* — Induration syphilitique de l'urètre (Arch. Gén. de Méd., 1849).
- Ozenne.* — Gommès de la verge (Rev. chir., 1883).
- Nunn.* — Medico-surgical Society, 1866 (Résumé in Harrison).
- Picot.* — Un cas de syphilis vésicale et urétrale (Journ. d'Urol., 1912).
- Renault.* — Syphilome tertiaire cylindroïde de l'urètre (Soc. franç. de dermat. et syphil., décembre 1903).
- Rougier.* — La syphilis tertiaire de l'urètre. Thèse Paris, 1908-1909.
- Simonescu.* — La syphilis tertiaire de l'urètre (Genève, 1905).
- Tanton.* — Syphilis de l'urètre (Progr. Méd., nov. 1910).
- Thompson.* — Traité pratique des maladies des voies urinaires.
— Syphilis de l'urètre (American Journ. of Syphilis, 1921, p. 573).
- Thorndicke.* — Un cas de rétrécissement de l'urètre postérieur chez un syphilitique (Boston med. journal, 1896).
- Swenburne.* — Quelques cas de sclérose du méat (Journ. of cut. and gen. ur. dis., 1890).
- Valverde.* — Un cas de gomme ulcérée primitive de l'urètre. Manifestation d'hérédo-syphilis tardive (Ann. mal. vénér., 1923, p. 614).

Veale. — Etiologie des rétrécissements de l'urètre ; rétrécissement syphilitique (Gaz. méd. de Paris, 1868).

Virchow. — Wurzbürger verhandlungen, 1852.

Voinitch-Sianognski. — Gommès des corps caverneux (Ann. or . génit. urin., 1903).

Zeissl. — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes. Paris, 1888, p. 129-130.

